



AUTORIZACION PARA OBTENER EL EXPEDIENTE MEDICO

Yo, el firmante abajo paciente/guardian, autorizo a Conyers Pediatrics a obtener/enviar copia de mi expediente medico a (I hereby authorize Conyers Pediatrics to release my medical records to the following) _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Patient name) (Date of Birth)

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Patient name) (Date of Birth)

Obtener el expediente por el proposito de (obtain records for the purpose of):

De las siguiente fechas (for the following dates):

: _____

Entiendo que la informacion que estoy autorizando para ser enviada/obtenida puede incluir, pero no se limita, a contener informacion de enfermedades infecciones como HIV, enfermedades mentales, abuso de drogas, alcohol u otras enfermedades. Por lo siguiente cedo el derecho de mantener esta informacion confidencial. (I understand this authorization includes release of all medical records including HIV records, mental illnesses, drug/alcohol abuse records and other diseases. I, hereby authorize my confidential information to be released.)

Firma de Padre/Guardian
(Parent/Guardian Signature)

Fecha (Date)

Testigo (Witness)

Fecha (Date)